

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 4

PIGMENTATION PHYSIOLOGIQUE

de la

MUQUEUSE BUCCALE

en FRANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Denis ROUZAUD

Externe des Hôpitaux

né aux CABANNES (Ariège) le 4 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PIGMENTATION PHYSIOLOGIQUE
DE LA
MUQUEUSE BUCCALE EN FRANCE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 4

PIGMENTATION PHYSIOLOGIQUE

de la

MUQUEUSE BUCCALE

en FRANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Denis ROUZAUD

Externe des Hôpitaux

né aux CABANNES (Ariège) le 4 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	X
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	VILLARD
Thérapeutique.	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LARUYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOËL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. NICOLAS, *Président*; M. PAVIOT, *Assesseur* ;

MM. CORDIER et FAVRE *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

Sa vie austère, et toute de sacrifices,
nous fera une obligation constante
de suivre la voie du devoir qu'il
nous a toujours tracée.

A MA MERE

Ame généreuse, elle a su développer
en nous le sentiment de l'honneur
et l'amour du travail tout en nous
entourant d'une tendresse infinie.

A MA SŒUR

Faible témoignage de mon inalté-
rable affection.

A MON ONCLE DENIS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER

Chevalier de la Légion d'honneur

Médecin des Hôpitaux

Professeur Agrégé à la Faculté

(1^{er} semestre. Année 1920-1921)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Officier de la Légion d'honneur

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de Clinique Ophtalmologique

(2^e semestre. Année 1920-1921)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Chevalier de la Légion d'honneur

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de Clinique Chirurgicale

(1^{er} et 2^e semestre. Année 1921-1922)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Officier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique de Dermatologie

Pour le grand honneur qu'il nous fait
d'accepter la présidence de cette
thèse, hommage de respectueuse
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BONNET

Chevalier de la Légion d'honneur

Médecin des Hôpitaux

Il nous a inspiré l'idée de ce travail
et nous a éclairé aimablement de
ses précieux conseils. Nous lui ex-
primons notre vive reconnaissance.

A MES MAITRES

DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ET DES HÔPITAUX MILITAIRES

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

En souvenir des conseils et des encou-
ragements qu'ils nous prodiguèrent
au début de nos études.

A MES JUGES

PIGMENTATION PHYSIOLOGIQUE
DE LA MUQUEUSE BUCCALE
EN FRANCE

AVANT-PROPOS

A l'heure où nous quittons nos Maîtres lyonnais, pour remplir dans la mesure de nos moyens, la mission qui est assignée dans la société à chacun d'entre nous, nous sentons grandir dans notre cœur de multiples sentiments d'estime, d'admiration, de reconnaissance.

Notre pensée se porte irrésistiblement vers ceux qui nous ont formé. Nous sommes fier des éducateurs qui nous ont été donnés et dont nous rappellerons souvent les noms. A cette légitime fierté, s'ajoute un sentiment de profonde vénération ; aussi est-ce avec un profond respect que nous saluons tous ceux qui par leurs travaux et leur infatigable labeur s'imposent à l'admiration et à la reconnaissance des foules. De cette dette, dont chacun devrait avoir hautement conscience, nous en reconnaissons comme plus redevable encore, nous, qui, plus que tous autres, avons bénéficié de l'esprit de ces Maîtres dont nous nous sentons encore

tout imprégné. Aussi notre émotion déjà si vive, grandit-elle encore en rappelant le souvenir de tous ceux que nous avons eu le privilège d'approcher de très près.

Notre gratitude est sans bornes pour le jeune et éminent Maître M. le Professeur Cordier. Il fut pour nous très accueillant : dans son service des tuberculeux de l'Asile Sainte-Eugénie, il apporte aux malades, avec sa très haute compétence et les innombrables ressources de son art, les paroles de réconfort qui aident à encourager et à sauver ceux qui peut-être se sentiraient portés à ne plus espérer. Nous admirions son grand cœur, son esprit judicieusement novateur. Par ses leçons, par ses causeries, où perçait une grande et enviable érudition, il a su toujours retenir notre attention, et donner de l'intérêt aux sujets qui en apparence paraissaient même les plus arides.

M. le Docteur Bonnet, dont nous avons suivi les consultations au Service de Dermatologie des Chazeaux, sera assuré de notre entier dévouement et de notre sincère attachement. Au cours de notre travail et des recherches qu'il nous a confiées, il n'a jamais cessé d'être pour nous un guide des plus précieux.

L'amabilité exquise avec laquelle M. le Professeur Nicolas nous a toujours accueilli à la Clinique de l'Antiquaille nous fait un devoir de le remercier très vivement. Il nous est en même temps très agréable d'ajouter notre humble hommage à la multitude de ceux que ce maître si réputé a déjà reçus.

M. le Professeur Rollet dont nous avons été l'externe

pendant un semestre a droit également à notre souvenir. Il nous a initié à l'ophtalmologie : les conseils éclairés qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer nous ont facilité notre tâche et nous n'aurons garde d'oublier ses leçons magistrales faites avec tant de clarté et où se détachait en relief le but pratique. M. le Docteur Bussy, chef de Clinique, dont l'amitié nous est particulièrement chère, voudra bien croire à nos sentiments affectueux.

Plus tard, nous devons fréquenter de longs mois la Clinique de M. le Professeur Bérard. Nous devons, là, nous familiariser avec tous les procédés modernes de l'art chirurgical. Notre esprit de curiosité, notre soif de savoir, trouvait là ample satisfaction. Nous avons suivi avec une attention soutenue les admirables efforts de M. le Professeur Bérard dans sa lutte contre les tumeurs par la radiothérapie profonde. Son nom qui doit rester attaché à cette œuvre éveillera toujours en nous la physionomie bienveillante et l'esprit distingué de ce maître.

Notre séjour dans la Clinique nous valut aussi l'avantage d'être l'élève de M. le Docteur Santy, chirurgien des Hôpitaux. Praticien éminent, il sut, tout en gardant le prestige du maître, être pour nous bienveillant et familier. Nous nous rappellerons longtemps l'intérêt qu'il nous a porté.

A tous les autres Maîtres, à tous ceux que nous avons eu la bonne fortune d'apprécier soit dans les services des hôpitaux civils ou militaires, soit à l'amphithéâtre

de la Faculté, nous sommes heureux de leur dire combien grande est la place qu'ils ont su gagner dans notre cœur. Qu'ils sachent que leurs leçons auront laissé dans notre esprit une empreinte indélébile. Les discussions souvent passionnées au lit du malade resteront à jamais gravées dans notre mémoire et le vieil Hôtel-Dieu avec le grand Dôme ne sera pas le dernier à être évoqué dans la série des souvenirs.

INTRODUCTION

Le sujet qui fait l'objet de notre travail, a attiré en France l'attention des auteurs depuis une dizaine d'années seulement : avant cette époque, les pigmentations de la muqueuse buccale étaient, certes, bien connues, en particulier les taches ardoisées de la maladie d'Addison, du saturnisme, etc., mais tous ces cas étaient des cas pathologiques, signes d'une lésion organique ou d'une intoxication ; nous les signalerons sans nous y arrêter longuement, car ils n'entrent pas dans le cadre de notre étude. Les pigmentations qui nous occupent, se rencontrent comme seule manifestation anormale, chez des gens vigoureux, ne présentant par ailleurs aucun symptôme pathologique.

Bien souvent, ces anomalies sont méconnues du sujet qui n'éprouve aucun trouble, et passent inaperçues. Qu'une affection intercurrente survienne, l'examen complet du malade et des muqueuses, de la muqueuse buccale en particulier, révèle, par hasard, l'anomalie insoupçonnée. L'esprit du praticien, dès lors, par une tendance spontanée à rattacher tous les signes observés à une même cause, se ra porté à voir

dans la pigmentation en question un trouble organique, soit nerveux, soit glandulaire, endo-crinien en particulier : c'est ainsi que la liste des états pathologiques variés où peut se rencontrer cette mélanodermie va s'accroissant tous les jours.

Ou bien encore, un sujet à peau très brune, indemne de phtiriasse ou de toute autre affection réputée hyperchromique vient consulter pour une altération de l'état général, il présente plus ou moins d'asthénie. On examine la bouche et on y constate la présence de taches : le diagnostic d'Addisonisme s'impose, car on admet implicitement que cette coloration bronzée des muqueuses est nécessairement pathologique.

Ce fut là, pendant longtemps, surtout en France, l'opinion classique. Or, en réalité, et c'est sur quoi nous voulons insister, il y a des hommes parfaitement sains, dont la bouche est normalement pigmentée, parfois aussi pigmentée qu'elle peut l'être dans le plus beau cas de maladie d'Addison. Cette notion déjà admise pour certaines races est également vraie dans notre Pays.

On voit donc déjà l'importance clinique qui s'attache à la connaissance de ces faits. En présence de cas de ce genre, il ne faudra pas à tout prix les faire rentrer dans le cadre de la maladie bronzée, et voir là une de ces formes d'Addisonisme fruste dont parle Boinet.

On évitera aussi l'erreur, en présence d'une mélanodermie de cause inconnue, d'incriminer à tout prix la spécificité. Certains auteurs, en effet, dans ces derniers mois, ont émis l'hypothèse que les hyperchromies que nous étudions, et dont la cause échappe à

première vue, étaient sous la dépendance du spirochète, qui jouerait au niveau des surrénales ou des plexus péricapsulaires le rôle du bacille de Koch dans la maladie d'Addison. Ils en arrivent ainsi à douter, à nier même les pigmentations ethniques des races colorées : cette tendance vient peut-être de ce que les observations publiées jusqu'à ce jour intéressaient des gens hospitalisés dans des services de dermatologie ; il s'agissait souvent de malades, atteints d'accidents vénériens, spécifiques principalement.

Or, au cours de nos recherches, poursuivies dans différents milieux, spécialement chez des accidentés du travail, ou encore chez des militaires, il nous a été possible de retrouver des taches ardoisées identiques à celles que l'on trouve chez les chiens et signalées déjà chez les Malais, Philippins, Bohémiens, Roumains, etc.

Dans ces quelques pages, nous nous attacherons surtout à bien mettre en relief les cas de mélanodermie physiologique des muqueuses, observés chez des sujets parfaitement sains, mélanodermie physiologique, indiscutable par conséquent. Dans ce but nous grouperons les observations en deux séries : l'une comprendra les cas qui ont été découverts par hasard à l'hôpital, au cours d'une affection intercurrente ; le deuxième groupe comprendra les cas qui ont été systématiquement recherchés en dehors des services hospitaliers, soit chez des militaires, soit chez des accidentés du travail.

Dès le début, dans le chapitre I, nous ferons l'histo-

rique de la question ; au cours de cet exposé, nous nous efforcerons de rétablir les faits dans leur ordre chronologique ; nous revendiquerons à juste titre pour l'Ecole Lyonnaise, et en premier lieu pour M. le Docteur Bonnet, médecin des Hôpitaux, l'honneur d'avoir le premier en France attiré sur ce point l'attention des cliniciens.

Dans le chapitre II nous parlerons de l'étiologie.

Nous décrirons les caractères cliniques des taches dans le chapitre III.

L'étude histologique de ces mêmes taches fera l'objet du chapitre IV.

Nous exposerons succinctement dans un cinquième chapitre l'étude séméiologique de la pigmentation buccale. Enfin, dans un dernier chapitre, nous ferons l'étude approfondie de la nature des pigmentations dites cryptogénétiques, autrement dit des pigmentations physiologiques.

Nous réserverons pour la fin les observations : plusieurs sont dues à l'aimable obligeance de mon Maître M. le Docteur Bonnet qui chez nous a eu le mérite de publier les premiers cas ; d'autres sont personnelles ; ces dernières résultent de l'examen de 970 sujets, dont 862 jeunes soldats de 20 à 22 ans, examen qui nous a été facilité, grâce à l'extrême complaisance de MM. les Médecins Majors Bonnet et Lapierre, que nous sommes heureux de remercier ici.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Il ne semble pas que la mélanodermie des muqueuses ait intéressé les anciens auteurs. Il faut arriver à 1855 pour voir prendre de l'ampleur à cette question.

Avec Addison, en effet, la pigmentation de la muqueuse buccale attire l'attention des cliniciens; elle prend aussitôt une importance particulière, car il en fit, avec la coloration bronzée des téguments, un des symptômes cardinaux des lésions des capsules surrénales. Aussi, pendant plusieurs années, les taches ardoisées buccales furent-elles considérées comme absolument pathognomoniques, comme un signe propre à la maladie d'Addison, capable par conséquent de faire distinguer cette affection des autres mélanodermies.

Après lui, on considéra ce signe sinon comme un des plus importants de la maladie, du moins comme un des plus curieux et des plus constants.

Plus tard, il perdit son caractère pathognomonique, il prit une extension de plus en plus grande et fut signalé au cours d'affections fort diverses.

Dès 1863, en effet, on trouve dans la thèse de Pouchet (Paris, 1863), une première observation de Leudet où les taches pigmentaires sont notées. Greenhow, dans une autre observation les signale également et cependant dans chacun de ces cas, aucun de ces auteurs ne s'arrête à un diagnostic de maladie d'Addison.

Enfin, on rattache cette mélanodermie sans Addisonisme à des processus pathologiques variés. C'est d'abord Thibierge qui, en 1891, retrouve ces pigmentations dans la maladie des vagabonds. Ce fait fut immédiatement confirmé par M. Chauffard, puis par toute une série d'observateurs : Bondet, Grisel (1892), Danlos (1897), Chatin (1900), Duplantier, Dieulafoy (1906), Worth (1907).

En dehors de la phtiriasé, la même constatation fut faite, quoique bien plus rarement, il est vrai, dans des états morbides très divers.

En 1895, Mœbius et Sibley signalent ce signe dans le goitre exophtalmique; Schultze, en 1898, dans divers troubles abdominaux. En 1903, Laffite et Moncagney, Laignel-Lavastine (1904) publient des observations analogues à celles de Jeannin, et mentionnent ces taches dans la tuberculose pulmonaire à la période cachectique. Audry et Smétana, dans la maladie arsenicale; Oddo, en 1905, les retrouve dans un cas de maladie de Recklinghausen, Audry et Boyreau, en 1906, Kren, en 1909, les signalent dans la sclérodémie; plusieurs auteurs, entre autres Lazarus et Hale Whité, en 1907, dans l'anémie pernicieuse. Mollow les retrouve dans la pellagre.

En 1912, Gouget dépouillant soixante-cinq observations de taches pigmentaires au cours de cirrhose hypertrophique pigmentaire, avec diabète, les trouve signalées onze fois. Elles ont été enfin plus récemment mentionnées dans quelques cas de néoplasmes.

Comme nous le voyons, après Addison, la pigmentation des muqueuses n'est plus pathognomonique de la maladie bronzée, mais elle reste néanmoins considérée comme toujours pathologique, symptomatique de processus variés.

Dès le début du XX^e siècle, une tendance nouvelle ne tardait pas à se faire jour ; des observations sont publiées qui enlèvent à ces mélanodermies leur valeur constamment symptomatique. Eichlorst, dans son Traité de Pathologie interne, cite le cas d'un malade de Zurich dont la muqueuse buccale présente des points noirâtres, sans que le sujet présente cependant d'affection à tendance hyperchromique ; il est le premier à prononcer le qualificatif de « *physiologique* ». A sa suite, des observations analogues sont rapportées par différents auteurs, qui font de ces placards bleutés, un caractère de race propre aux gens de couleur.

En effet, Sabaréanu, dans la *Revue de Médecine*, de 1908, nous apprend qu'en Roumanie, le cas est très fréquent, banal surtout chez les tziganes et les Roumains de la classe poulair ; il pense qu'il y a là un caractère d'ordre ethnologique propre aux tziganes et aux Bohémiens. Peu de temps après ce travail, d'autres publications montrent que le fait énoncé par

M. Sabaréanu est en Europe centrale de connaissance vulgaire.

En 1909, Mollow, de Sofia, l'observe assez souvent chez des Roumains autochtones. La même année, à la Société Dermatologique de Vienne, à propos d'un Addisonien, Kren et Weidenfeld disent avoir vu parfois chez des gens bruns la mélanodermie buccale en dehors de l'état pathologique, même chez des enfants, et signalent, en particulier les sujets présentant des éphélides. Elle paraissait être l'apanage des races de couleur, puisqu'elle est observée tour à tour chez un Malais et un Martiniquais (Sabaréanu), chez un Espagnol (Aupicon), chez un Philippin (Lortat Jacob. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 14 janvier 1912) et enfin chez les Algériens. M. le Docteur Bonnet publie les deux premières observations (*Société des Sciences Médicales*, 17 janvier 1912. *Ibidem*, 9 juillet 1912. D'autres exemples suivaient : Brault et Montpellier (*Gazette des Hôpitaux*, 28 avril 1914. *Province Médicale*, 11 avril 1914). Nous-mêmes, au cours de nos recherches avons rencontré un cas semblable chez un métis.

Ainsi donc le caractère physiologique de certaines pigmentations paraissait manifeste chez les races à teint foncé. Mais rien de semblable n'avait encore été noté dans nos pays, en France particulièrement. C'est à Lyon, qu'en 1908, pour la première fois, M. L.-M. Bonnet, médecin des Hôpitaux, fut mis en éveil dans son service de l'Antiquaille par le cas d'un malade atteint de phtiriose légère et dont les muqueuses

étaient fortement pigmentées. Ce malade fut présenté en décembre 1908 à la Société des Sciences Médicales : c'était un homme très vigoureux, sans aucune tare antérieure, venant pour accident primitif. M. Bonnet eut peine à admettre le caractère phtiriasique de la pigmentation en raison de la disproportion entre les lésions cutanées très minimales et la mélanodermie buccale considérable, tandis que c'est ordinairement l'inverse ; et dès lors, M. Bonnet, en vint à supposer que certains individus avaient la muqueuse buccale tatouée, comme quelques animaux, certains chiens notamment ; cette déduction fut faite par mon maître, M. Bonnet, alors qu'il ignorait encore les publications des Revues étrangères ; à partir de ce moment, il examine systématiquement tous ses malades et il remarque tout d'abord qu'il n'est pas rare de trouver une pigmentation ébauchée sous forme d'une ou de plusieurs très petites taches plus ou moins foncées chez des gens parfaitement sains. Enfin, il trouva plusieurs sujets avec une hyperchromie considérable, avec, dans la bouche, de vastes placards répandus sur les lèvres, les gencives, les joues et même parfois le voile du palais. Aucun d'eux n'avait de mélanodermie cutanée. Il existait bien, par conséquent, une pigmentation physiologique des muqueuses, de la bouche en particulier. Ce caractère, enfin, n'était pas uniquement l'apanage d'une race, puisqu'on le rencontrait également chez des Français dont la famille n'avait jamais quitté le Pays.

Ces diverses constatations firent l'objet de toute une série de publications ; la première en date, alors

que personne autre en France n'avait encore signalé le cas, remonte à décembre 1908 (M. Bonnet, *Société des Sciences Médicales*) ; depuis, à plusieurs reprises, mon excellent maître n'a cessé de souligner l'importance pratique du fait lui-même, soit au *Congrès français de Médecine*, octobre 1911, soit à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*, séance du 17 janvier 1912, séance du 9 juillet 1912, soit enfin dans le *Lyon Médical*, 14 juillet 1912, etc.. Après lui, alors que l'Ecole Lyonnaise avait déjà attiré l'attention des auteurs sur l'existence, en France, de cette mélanodermie des muqueuses, réellement physiologique, des cas analogues ne tardent pas à être rapportés tour à tour par MM. Dufour et Alardo (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 avril 1912), et par M. Crouzon (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 mai 1912).

En somme l'historique des pigmentations de la muqueuse peut se résumer ainsi qu'il suit :

Dans une première période, en 1855, avec Addison, les taches ardoisées sont considérées comme absolument pathognomoniques de la maladie bronzée.

Dans une deuxième période, après Addison, ces taches perdent leur caractère pathognomonique et sont signalées dans toute une série de processus pathologiques variés.

Dans une troisième période, enfin, on reconnaît le caractère physiologique de certaines pigmentations, et c'est tour à tour à MM. Bonnet et Sabaréanu que l'on doit les premières publications. Le premier, signalant la possibilité de ces faits en France, le

second, mettant en relief leur fréquence dans l'Europe centrale.

En dépit de tous ces travaux, quelques auteurs néanmoins ne paraissent pas encore convaincus :

Milian, en présence d'un grand nombre de mélanodermies dont l'origine paraît obscure, croit en réalité à un syndrome addisonien latent, fréquemment d'origine syphilitique.

Léri, Cochez (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, juillet 1920) assimilent la pigmentation buccale, « *en apparence physiologique* » à un véritable vitiligo des muqueuses, d'origine au moins parfois spécifique, comme le vitiligo cutané.

Roger lui-même, présentant un malade (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, décembre 1920) à muqueuses pigmentées, et qu'il rattache aux pigmentations « *dites physiologiques* » émet l'hypothèse de lésions du sympathique, soit acquises, soit congénitales et d'origine ou tuberculeuse ou spécifique.

Comme on le voit, l'accord n'est pas fait, la discussion reste encore ouverte. Aussi sommes-nous heureux de rapporter des cas absolument probants, qui en mettant bien en évidence, l'existence certaine des pigmentations physiologiques aideront à mettre la question définitivement au point.

CHAPITRE II

Étiologie.

Si nous n'envisageons que les pigmentations physiologiques observées en France, nous voyons que les cas étudiés ne sont pas très rares ; M. Bonnet, en effet, en a relevé pas mal d'observations ; nous n'en rapportons qu'un certain nombre ; mais en réalité, il y en aurait beaucoup d'autres que M. Bonnet n'a pas notées au cours de ces dernières années.

Nous-mêmes, nous avons examiné 970 sujets et nous avons trouvé 29 cas ; nous avons, en même temps pu faire quelques remarques sur les causes qui paraissent favoriser le développement des taches buccales ; ces remarques cadrent, comme on va le voir, avec les constatations déjà faites par les différents auteurs chez les races colorées.

L'Age paraît jouer un grand rôle dans l'apparition de ces hyperchromies ; il semble que celles-ci se développent surtout au moment de la puberté, dès l'ap-

partion des règles chez la femme. Il nous a été difficile de notre côté d'obtenir sur ce point des précisions ; bien souvent, en effet, l'homme examiné ignore totalement le phénomène, l'anomalie dont il est porteur, et ne peut fournir aucune indication. L'examen, en revanche des statistiques fournit à ce point de vue des réponses intéressantes. Parmi les sujets dont nous rapportons l'observation, nous ne trouvons mentionnés que des individus de plus de 20 ans (nous n'avons, il est vrai, examiné qu'un tout petit nombre d'enfants) ; sur 862 militaires de 20 à 22 ans, nous relevons à peine 20 cas ; par contre, après 30 ans, le pourcentage augmente de plus en plus avec l'âge pour devenir très élevé chez le vieillard. M. Bonnet n'en a jamais observé chez l'enfant.

Le *Sexe* interviendrait également, semble-t-il, comme facteur dans le développement de la mélanodermie. Celle-ci se rencontre sans doute dans les deux sexes, mais chez les hommes la fréquence paraît beaucoup plus grande.

De même les sujets très bruns, à *teint foncé*, semblent présenter plus volontiers de la pigmentation buccale ; un fait est frappant dans les observations, c'est très souvent l'existence concomittante d'éphélides ou de toute autre malformation cutanée, les nævi pigmentaires par exemple, il ne semble pas, néanmoins que ce soit toujours la teinte brune qui intervienne, mais bien plutôt la quantité du pigment ; ainsi, à côté de sujets à cheveux très noirs, nous rele-

vons des individus à cheveux roux ou blonds et présentant des éphélides.

Nous ignorons si une hérédité similaire existe : il nous a été impossible de la rechercher quant à la question de l'hérédité ethnique, elle n'existait pas dans nos cas : les sujets étaient de familles françaises et il y en avait des diverses régions de la France.

CHAPITRE III

Description Clinique.

Nous serons bref sur ce chapitre, la pigmentation physiologique se traduisant par des taches noirâtres, brunâtres ou bleutées, absolument identiques à celles observées dans la maladie d'Addison. Néanmoins, nous les décrirons d'après nos observations personnelles, en cherchant, si des particularités sont à noter concernant la forme, la couleur, la topographie de ces taches.

Et tout d'abord, elles peuvent être localisées au niveau des différentes muqueuses : sur la muqueuse buccale, sur la conjonctive, sur le gland, sur la vulve. Les pigmentations du gland, de la vulve et de la bouche sont très fréquentes : en revanche, celles des conjonctives sont très rares. L'hyperchromie peut rester isolée ou intéresser l'ensemble des muqueuses. Nous n'insistons pas, la pigmentation buccale étant seule étudiée dans ce travail.

Macroscopiquement, la muqueuse ne présente au niveau de ces taches aucune modification autre que sa

couleur. Elle reste lisse, humide et conserve sa sensibilité habituelle.

Au niveau de la bouche, la mélanodermie peut siéger sur les joues, les gencives, les lèvres, le voile du palais, les piliers, le plancher de la bouche. Néanmoins, elle offre des lieux de prédilection sur la face interne des joues, sur la face externe des gencives, sur les lèvres. Nous avons trouvé une fois la pigmentation du voile du palais ; jamais le plancher de la bouche ne nous a offert de tatouage bien net. M. Bonnet a relevé un cas de pigmentation de la langue.

Sur la face interne des joues, les taches peuvent se voir partout, mais surtout sur une ligne horizontale partant de la commissure labiale. La muqueuse est là parsemée de petits points ou de grains marrons-brunâtres allant du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille ou d'une pièce de un franc. Les contours en sont très irréguliers : parfois on ne trouve qu'un seul grain ou qu'une seule plaque triangulaire ou irrégulière à bords flous comme une pièce de cinquante centimes.

Comme l'avait déjà observé M. Bonnet, et comme les recherches de J. Brault et J. Montpellier, l'avaient confirmé, c'est la joue gauche surtout qui est le plus souvent pigmentée.

Au niveau des gencives, c'est la face externe des gencives supérieures qui est prise le plus fréquemment. Ici, comme sur les joues, la mélanodermie revêt des formes et des intensités différentes ; tantôt elle forme de petits plaques plus ou moins allongées, quand elle est peu abondante, placées de chaque côté

de la ligne médiane, assez loin du rebord dentaire, surtout sur la partie saillante de la gencive qui indique la racine des dents, tantôt, et alors, elle est plus intense, elle a la forme de bandes de chaque côté du raphé médian. De ces bandes partent fréquemment des prolongements sur les espaces gingivaux interdentaires.

Les lèvres dans leur partie muqueuse sont rarement tatouées. C'est sur leur bord libre que l'on trouve parfois des plaques plus ou moins grandes ne dépassant pas le volume d'un grain de blé. C'est la lèvre inférieure qui est le plus fréquemment atteinte.

Au niveau du voile du palais, on aperçoit très rarement une suffusion de points minuscules comme un tatouage léger tranchant sur le fond rouge de la muqueuse.

Nous n'avons étudié que la pigmentation buccale. Disons cependant un mot des autres muqueuses.

Au niveau du gland, c'est la face dorsale qui est surtout pigmentée. On y trouve soit une tache isolée, soit plus souvent un groupe de trois ou quatre taches affectant des dispositions très variées. Les pigmentations vulvaires sont fréquentes.

Quant à la pigmentation conjonctivale, elle aurait, d'après les auteurs, entre autres J. Brault et Montpellier, une prédilection marquée pour les parties juxta-cornéennes des axes horizontaux des yeux. Le pigment siègerait très souvent dans la conjonctive elle-même ou le tissu lâche sous-conjonctival. D'autres fois, il paraît incrusté dans la coque sclérale.

CHAPITRE IV

Histologie.

Nous n'avons fait nous-mêmes aucune recherche sur l'étude histologique des muqueuses physiologiquement pigmentées. La publication de Montpellier sur ce sujet dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (1916-1917) nous a paru si précise et si détaillée que nous avons jugé inutile de revenir sur cette question. Or, tandis que Dufour et Alardo (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1912) mentionnaient l'abondance du pigment dans le derme, et son élimination par simple desquamation des couches épidermiques, Montpellier, au contraire, notait les particularités histologiques suivantes :

« Un lambeau de muqueuse est prélevé sur la gencive marbrée de taches bleuâtres, ardoisées, d'un indigène physiologiquement pigmenté. Examinée à l'état frais, la muqueuse présente une surface granitée et pointillée donnant l'illusion d'un tatouage irrégulier. Sur la tranche de la pièce, entre le derme et l'épiderme, une bande brun-noirâtre.

Au petit grossissement

Après fixation à l'alcool et colorations diverses (giemsa, thionine phéniquée, orangé G. et bleu de toluidine, etc.), on constate que le pigment se trouve à peu près exclusivement dans les couches profondes de l'épiderme ; comparativement, le derme paraît en être presque entièrement dépourvu.

Nous retrouvons ici cette même disposition topographique que Darier a notée dans l'étude histologique de la bordure hyperchromique des placards de vitiligo.

Aussi, à ce grossissement, la zone épithéliale basale se détache sous l'aspect d'un ruban fortement vallonné (il s'agit ici d'une muqueuse dermo-papillaire) épaissi et noir au niveau des espaces interpapillaires, mince et très estompé au niveau du sommet des papilles.

A un fort grossissement

L'épiderme de la muqueuse ne présente aucune particularité anormale autre que sa pigmentation. Le pigment est amassé dans les couches malpighiennes les plus profondes et surtout dans la couche germinative. A ce niveau, les cellules sont bourrées de pigments bruns-noirâtres. Tantôt celui-ci se trouve rejeté à la périphérie de l'élément cellulaire sous forme d'un croissant ou d'un anneau encerclant plus ou moins complètement le noyau intégralement respecté, tantôt, il est tellement abondant que la cellule prend l'aspect d'un véritable bloc noirâtre dans lequel

on devine à peine l'amas nucléaire qui paraît lui-même envahi.

Cette pigmentation poussée à l'extrême s'observe uniquement au bout des longs tractus épithéliaux interpapillaires et surtout dans la couche basale. Au fur et à mesure que lon se rapproche des zones épithéliales coiffant le sommet des papilles, l'abondance du pigment décroît à tel point que dans ces dernières régions les éléments de la couche génératrice n'en sont que peu ou pas pourvus. Au reste, le pigment ne se rencontre pas exclusivement dans la couche mère. Les cellules malpighiennes des prolongements interpapillaires en contiennent notablement ; et celà, d'autant plus qu'elles sont plus rapprochées de la couche basale. On en retrouve encore, mais de moins en moins abondant, et sous forme de grains irréguliers, et très fins, dans de nombreuses cellules épithéliales plus superficielles, et même dans les strates cellulaires en voie de desquamation.

En outre, on peut noter que les grains de pigment, rencontrés dans l'épiderme ne sont pas exclusivement intracellulaires. On trouve entre les cellules, et distinctes d'elles, des traînées plus ou moins cohérentes, présentant parfois l'aspect de longs rubans mycéliens irréguliers, contournés ou de chaînes de microcoques. Toutefois, ces traînées pigmentaires, qui paraissent au premier coup d'œil indépendantes, m'ont donné l'impression d'être souvent les fins prolongements protoplasmiques de mélanoblastes en migration, dont la plus grosse partie ne se trouve pas dans la coupe.

Le derme ne présente aucune modification importante ; on y trouve seulement quelques mélanifères et quelques grains pigmentaires isolés et disséminés.

Ces mélanifères sont des cellules essentiellement polymorphes. Suivant le point où est passé le rasoir, tantôt elles paraissent allongées, ramifiées, étoilées (cellules rameuses de Ehrmann), tantôt plus condensées, régulières, rondes. J'ai rencontré plusieurs éléments du type leucocytaire à noyau multilobé également chargés de pigments

Il n'est pas sans intérêt de noter que ces mélanoblastes se trouvent groupés à peu près uniquement à l'extrémité des papilles, juste en face de la zone épithéliale la moins pigmentée. Les parties papillaire et sous-papillaires du derme qui correspondent aux prolongements interpapillaires en sont presque complètement dépourvues. A peine si, de loin en loin, on distingue dans ces régions du derme et plus profondément quelques rares éléments mélanifères mal définis, déformés et quelques amas de grains brunâtres disséminés.

On voit des mélanoblastes envoyer des prolongements entre les cellules de la couche basale. Certains y sont même en grande partie insinués et quelques rares sont perdus dans les couches malpighiennes. Je n'en ai point trouvé dans les capillaires sanguins ni lymphatiques.

Pas la moindre réaction cellulaire dans le derme. Cela seul prouve que la pigmentation de la muqueuse n'est pas due à un pigment pathologique, mais à un pigment en quelque sorte normal, puisque sa pré-

sence n'entraîne aucun phénomène irritatif ayant un but de défense.

Je répète que c'est au niveau du sommet de la papille, par conséquent dans la partie la plus ténue, la plus délicate et la plus riche en capillaires sanguins et lymphatiques que se trouvent groupés les mélanoblastes, et que, d'autre part, c'est à ce même niveau que la couche mère de l'épiderme se trouve la moins pigmentée. Ceci me paraît un argument de valeur en faveur de l'origine autochtone du pigment dans la couche basale et son élimination par les « pigmentophages » de Metchnikoff. Du reste, ces constatations concordent d'abord avec celles d'Audry, qui a remarqué l'abondance du pigment en général autour des capillaires, et aussi avec celles de Metchnikoff, qui a noté l'absence de ces « pigmentophages » dans les tissus pigmentés et leur abondance dans ceux en voie de dépigmentation.

Les amas de pigment, qu'ils soient intracellulaires ou disséminés entre les cellules, peuvent, le plus souvent, à un grossissement suffisant, être décomposés en granulations fines, rondes, régulières, de la grosseur constante de un millimètre. Parfois cependant, soit entre les couches éphitéliales, soit dans les parties non papillaires du derme, on trouve quelques blocs plus épais, foncés, véritables boules de deux à cinq millimètres. Par contre, dans les cellules épithéliales le pigment est réduit à une poussière très fine, peu abondante.

Les diverses réactions chimiques (degré de solubilité dans différents liquides, réactions colorantes du ferro-cyanure de potassium et acide chlorhydrique,

et du sulfhydrate d'ammoniaque) démontrent qu'il ne s'agit ici ni de pigment ôcre, ni de pigment palustre, mais de mélanine proprement dite. »

Il résulte de cet exposé quatre faits principaux :

1° L'abondance vraiment considérable de la mélanine dans les couches basales de l'épiderme ;

2° La faible proportion de mélanifères dans le tissu dermique ;

3° Les cellules épidermiques les plus pigmentées ne sont pas voisines du foyer dermique des mélanoblastes ;

4° L'absence de lésions inflammatoires.

Dès lors, contrairement à l'opinion de Dufour et Alardo, le pigment neviendrait pas du sang, apporté à l'épiderme par les mélanifères et les phagocytes. Le pigment mélanique aurait, par contre, une origine autochtone. Il serait une sécrétion même des cellules basales.

Somme toute, l'étude histologique de ces taches est superposable à celle dyschromies hyperpigmentaires évolutives (éphélides, etc.). D'abord, même distribution du pigment, ensuite même nature de ce pigment.

Cette étude confirme donc les constatations cliniques : les taches étudiées ont bien les caractères de pigmentations physiologiques.

CHAPITRE V

Semeiologie de la pigmentation buccale.

La présence, sur la muqueuse buccale de certains sujets, de taches plus ou moins noirâtres, étant constatée, la question se pose immédiatement au clinicien : quelle est leur signification ?

Pour résoudre ce problème clinique, il importe tout d'abord de chercher si on peut les rattacher à quelque une des hyperchromies dont l'étiologie est déjà connue. Avons-nous affaire à une mélanodermie de cause locale, de cause toxique, ou bien encore de cause générale ?

Il existe, en effet, des taches plus ou moins noires ou ardoisées relevant de *causes purement locales*. A vrai dire, il s'agit en général, non de pigmentations vraies, mais d'une sorte de tatouage par des particules métalliques ; le diagnostic reste néanmoins à faire.

L'exemple le plus classé en est fourni par l'argyrie locale observée parfois à la suite de cautérisations répétées au nitrate d'argent.

Nous en mentionnerons un autre, moins connu, qui nous a été signalé par M. Bonnet : beaucoup d'ouvriers, des charpentiers en particulier, ont l'habitude de mettre des clous en réserve dans leur bouche, pendant leur travail ; or, parfois, on trouve une coloration plus ou moins noirâtre du côté où ils ont l'habitude de garder ces clous. Il s'agit d'un tatouage par de fines praticules métalliques provenant de ce revêtement au toucher onctueux que présentent les clous neufs et destiné à les préserver de la rouille.

Il est possible que certaines lésions de la muqueuse buccale puissent être le point de départ de véritables pigmentations. Le fait est certainement très rare. Cependant MM. Crouzon et Bouttier (*Société Médicale des Hôpitaux*, 22 janvier 1920), ont présenté, il y a quelques mois, un sujet chez qui l'on trouvait une association remarquable de lichen buccal et de pigmentation considérable de la face interne des joues ; cette pigmentation était si intense que M. Crouzon considéra le lichen comme le point d'appel de la mélanodermie, comme la cause du développement considérable de la pigmentation.

Quoiqu'il en soit, ces taches de cause locale sont faciles à éliminer, et elles l'ont été dans tous les cas que nous rapportons.

Les *intoxications générales* ne nous retiendront pas longuement. Audry et Smétana ont cité chacun un cas où la mélanodermie cutanée arsenicale s'accompagnait de pigmentation buccale. Il s'agit donc là de faits extrêmement rares.

Rappelons au point de vue diagnostic seulement,

puisqu'il ne s'agit plus de vraie pigmentation, les taches notées au cours des diverses intoxications, et déterminées par l'élimination de particules métalliques au niveau de la muqueuse buccale. Ces faits s'observent après usage prolongé de préparations d'argent par voie gastrique; souvent aussi, dans le cas de saturnisme, le plomb s'éliminant par la muqueuse buccale, vient former au niveau des gencives, tout près de l'implantation des dents, une bande bleuâtre bien connue, le liseré de Burton.

Enfin, à la suite d'un traitement par les sels de bismuth, il n'est pas rare aujourd'hui de rencontrer un liseré bismuthique et des taches plus étendues, au cours de la stomatite.

La distinction est aisée; nous ne nous y arrêterons pas.

Restent les *pigmentations de cause générale*.

Quand on observe une mélanodermie des muqueuses, l'idée de la maladie d'Addison s'impose aussitôt à l'esprit : on sait depuis longtemps que les capsules surrénales ou plutôt le sympathique péri capsulaire président à la pigmentation des individus, et tout trouble de cette pigmentation fait penser sur le champ à une lésion surrénale probable.

Les symptômes peuvent être au complet; on a affaire à un bacillaire ancien qui présente toute une série de troubles, troubles généraux, troubles digestifs, troubles nerveux, etc. : il y a de l'hypotension, de l'asthénie, de la diminution des forces musculaires, etc. C'est là la maladie d'Addison nettement caractérisée. Le diagnostic est facile.

En revanche, à côté de cette forme typique à laquelle nous venons de faire rapidement allusion, on a individualisé, Boinet, principalement, un syndrome d'Addisonisme fruste, bien différent de la maladie d'Addison type. Les éléments de l'affection sont ici très incomplets : tantôt c'est l'hypotension avec la raie blanche de Sergent qui prédomine, tantôt c'est l'asthénie, tantôt les troubles nerveux, etc.

Or, peut-il exister un Addisonisme fruste réduit à ce symptôme unique de pigmentation buccale ?

Nous ne le croyons pas. En tout cas, rien ne permet de se rattacher pour nos cas à une telle hypothèse. D'une part, il paraît bien invraisemblable que la mélanodermie addisonienne puisse se cantonner indéfiniment à la muqueuse buccale sans intéresser la peau, d'autre part nos malades ne présentaient aucun de ces petits signes qui peuvent être considérés comme les plus constants des lésions capsulaires : hypotension artérielle, raie de Sergent, etc.

Enfin la pigmentation due à des lésions capsulaires ou péricapsulaires suit le sort de ces lésions, c'est-à-dire évolue soit dans le sens de l'extension, si la maladie s'aggrave, soit dans celui de la régression ou même de la disparition, sous l'influence parfois du traitement opothérapique, ou encore d'une médication curatrice de la lésion. Ces faits ont été signalés par Jacquet et Sézary dans les cas de syphilis surrénale. Dans nos observations, la pigmentation est restée absolument fixe.

Nous avons suivi des sujets pendant 10 et 14 ans, sans voir se produire la moindre modification des

taches, ni survenir le moindre signe d'insuffisance surrénale. Cela permet d'éliminer toute idée de maladie d'Addison, même fruste.

Quand on aura éliminé la maladie d'Addison, il faudra alors songer à toutes les affections au cours desquelles la mélanodermie buccale a été notée à titre exceptionnel; mélanodermie des vagabonds, tuberculose pulmonaire, goitre exophtalmique, sclérodermie, maladie de Recklinghausen, anémie pernicieuse, malaria, pellagre, diabète bronzé, cirrhose pigmentaire. Toutes sont faciles à caractériser et il est inutile d'en exposer le diagnostic ici.

Or, il existe des cas assez nombreux, comme le prouvent nos observations, qui ne rentrent *dans aucun des cadres précédents*. La pigmentation buccale, dans ces faits, ne relève d'aucune cause connue. Quelques auteurs leur ont donné provisoirement la dénomination de « *pigmentations cryptogénétiques* ».

CHAPITRE VI

Nature des pigmentations dites « cryptogénétiques ».

(PIGMENTATIONS PHYSIOLOGIQUES)

I. — Ne trouvant aucune cause morbide à la base de cette pigmentation, M. Sabaréanu, d'une part, et M. Bonnet de l'autre, ont conclu qu'elle n'était nullement d'ordre pathologique ; ils l'ont considérée comme une « pigmentation physiologique ».

Cette notion a été difficilement acceptée par quelques auteurs, et plusieurs (Milian, Leri, Roger) ont eu tendance à la rapporter à la syphilis.

Une telle hypothèse ne repose sur aucune base et est contredite par les faits. Nos sujets n'avaient, nous l'avons déjà dit, aucun signe d'atteinte des surrénales, syphilitique ou autre.

Plusieurs de nos malades ont été soumis à un traitement syphilitique prolongé sans aucun résultat. Les pigmentations cutanées d'origine syphilitique (leucomélanodermies, vitiligo, etc.) ne ressemblent nulle-

ment à celles-ci; leur disposition est tout autre, et elles n'ont pas cette fixité.

Enfin un bon nombre de nos malades n'étaient pas syphilitiques, et même nous en avons vu contracter la syphilis, ce qui est une excellente preuve pour enlever à la spécificité la production de ces hyperchromies. La syphilis héréditaire était certainement absente dans un bon nombre de cas, car on n'en trouvait aucun indice; eût-elle existé qu'il resterait à démontrer une atteinte des surrénales ou de toute autre glande endocrine que rien ne permettait d'admettre ici. Mais, comment supposer une hérédité syphilitique ou bacillaire dans des cas (Obs. X, premier groupe), où l'on voit une famille de 12 enfants dont tous les membres étaient bien portants, et une autre où le père (Obs. X, 2^e groupe) arrive à l'âge de 88 ans.

La nature physiologique et non pathologique de cette pigmentatino paraît bien démontrée par les faits suivants :

1^o Elle s'observe chez des sujets robustes, de santé parfaite, chez lesquels on ne relève aucune manifestation pathologique d'aucun ordre, tels ces soldats soumis à la rude vie des camps incompatible avec une déficience organique quelconque.

2^o Elle présente une fixité absolue, caractère qui ne cadre avec aucune hypothèse pathologique. Plusieurs de nos sujets ont été suivis pendant de très longues années : deux ont été suivis pendant 14 ans ; un autre a été revu 4 ans après; un troisième 5 mois après (Obs. I, II, XIV et XVIII).

3° Elle apparaît habituellement vers la puberté, ce qui démontre l'influence de l'évolution physiologique et non d'un état morbide pouvant survenir à n'importe quel âge.

4° Sa fréquence varie considérablement selon les races et spécialement selon l'intensité plus ou moins grande de leur coloration. Faudrait-il donc penser que le facteur race intervienne essentiellement dans le développement des lésions surrénales ? Si un tiers des Bohémiens présente cette pigmentation, il serait absurde de penser qu'un tiers des Bohémiens ait des atteintes capsulaires ou péricapsulaires.

5° Dans les races peu colorées, cette pigmentation se voit presque uniquement chez des individus à cheveux très bruns et à peau très brune. Il y a donc une relation nette avec un état purement physiologique.

6 ° Enfin, ces taches sont tout à fait semblables à celles que l'on observe chez certains animaux (chiens, lapins) et dont la nature physiologique n'a jamais été même discutée.

II. — La nature « physiologique » de ces taches étant admise, reste à chercher si elles ont une signification ethnique ou autre.

En raison de leur fréquence variable selon les peuples, M. Sabaréanu en avait fait un caractère ethnique. Elles sont fréquentes chez les races colorées des divers continents, comme le montrent les cas signalés chez des Indous, des Martiniquais, des Malais, des Algériens.

En Europe, les peuples à peau très brune en fournissent de même les exemples les plus nombreux. Chez les Tziganes, elles existent chez un tiers des individus (Sabaréanu). Il semble qu'elles ne soient pas très rares en Italie et en Espagne.

En France, elles ne sont pas très fréquentes. Nos observations cependant montrent qu'elles ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Pour expliquer chez des Français, cette mélanodermie que nous envisageons spécialement dans notre étude, il faudrait, d'après la théorie ethnique, admettre que ces sujets aient eu dans leur ascendance quelque croisement avec un sujet appartenant à une race possédant cette marque distinctive, la race tzigane par exemple : c'est là, en effet, la manière dont M. Sabaréanu explique l'existence de ce phénomène chez les Roumains autochtones. « Quant aux Roumains chez qui on trouve ce symptôme, écrivait-il, ils sont presque tous issus de la basse classe et on est porté à penser à un croisement de vieille date effectué avec des Tziganes ». Lortat Jacob, de son côté, dans la séance du 14 juin 1912 (*Soc. Médic. des Hôp. de Paris*) adoptait la même interprétation.

Mais si, à l'appui de cette interprétation, on peut faire valoir que les Bohémiens ont circulé à travers toute l'Europe et la France en particulier, ce n'est là néanmoins qu'une simple hypothèse. Nous n'avons trouvé aucun indice de croisement antérieur chez nos sujets.

III. — Pour nous, nous serions disposés à considé-

rer ces choses à un point de vue plus large. La pigmentation des muqueuses ne serait pas l'apanage exclusif d'une race ; elle se rencontrerait chez tous les peuples, dans toutes les races, mais avec plus ou moins de fréquence : on pourrait invoquer non plus les croisements, mais l'atavisme : la mélanodermie physiologique des muqueuses serait alors à rapprocher de la tache bleue mongolique. Cette tache est à peu près constante non seulement chez les Mongols, mais encore chez tous les peuples colorés.

Elle est rencontrée aussi, exceptionnellement il est vrai, dans la race blanche et même en France. Or, la tendance actuelle (Carnot) est de voir dans ces faits un stigmate d'atavisme tendant à montrer que tous les peuples descendraient d'une même race de coloration foncée .

IV. — Il est possible que parmi les cas de mélanodermie buccale observés au cours des affections les plus diverses et les plus disparates, il se soit agi parfois de simple pigmentation physiologique. Il est à remarquer, en effet, que, jusqu'à présent, on n'a tenu aucun compte de ces pigmentations physiologiques. Quand on trouve des taches noirâtres chez un malade, on pense immédiatement à la maladie d'Addison.

Si on a des raisons de l'éliminer, on incrimine alors la maladie dont on fait le diagnostic. Jamais on ne s'est posé la question de la possibilité d'une coïncidence fortuite et peut-être a-t-on parfois attribué une pigmentation buccale physiologique à une maladie qui n'y était pour rien. Cela paraît assez vraisemblable.

ble pour certains cas de mélanodermie des vagabonds. Parfois, en effet, quand le sujet est guéri, la pigmentation de la bouche finit par disparaître, comme la pigmentation cutanée, cas de Bondet (*thèse* Grisel), de Chatin.

Mais bien souvent, au contraire, après la guérison de leur phtiriasé et de leur mélanodermie, les mêmes taches persistent indéfiniment et M. Bonnet serait porté à penser que ces individus avaient ces taches avant leur phtiriasé.

V. — On pourrait même peut-être aller plus loin et faire l'hypothèse suivante une ébauche de pigmentation buccale physiologique ne serait-elle pas à la base de toute pigmentation pathologique ? M. Bonnet, en effet, écrivait déjà dès 1912 :

« Parmi les sujets sains, quelques-uns, rares d'ailleurs, ont des taches très accusées s'il survient chez eux une mélanodermie transitoire, ces taches persistent naturellement après la disparition de celle-ci. D'autres, bien moins rares, ont une ébauche de pigmentation à peine visible et, entre eux et l'absence de pigmentation appréciable, il y a tous les intermédiaires; or les mélanodermies ont essentiellement pour conséquence de renforcer les pigmentations préexistantes, plutôt que de créer du pigment où il n'y en a pas ; chez de tels sujets, elles pourront donc accentuer, au point de les rendre très apparentes, des ébauches qui étaient peu ou pas visibles; mais alors, si la maladie pigmentaire guérit, les taches buccales pâlisent et redeviennent peu ou pas visibles...

J'ajouterai une remarque qui vient à l'appui de cette hypothèse. Si on consulte les observations, on voit que la pigmentation buccale phtiriasique a été observée non chez des sujets quelconques, mais chez des sujets bruns, généralement même à peau congénitalement remarquablement colorée; et pour plusieurs, il a été spécifié que cette forte coloration des téguments était un caractère familial et existait déjà chez les parents. Ne voit-on pas que cette étiologie se rapproche singulièrement de celle de la pigmentation physiologique ? »

Pour la maladie d'Addison, la même hypothèse peut-être envisagée; dans cette affection la pigmentation des muqueuses est presque de règle, car l'action pigmentante générale est considérable et accuse la moindre ébauche pigmentaire préexistante. Dans la phtiriasie, au contraire, l'action pigmentante générale est très faible, d'où la rareté relative des taches buccales dans la mélanodermie phtiriasique.

On en vient, dès lors, à émettre l'hypothèse suivante : on pourrait penser qu'une ébauche (visible ou invisible) de pigmentation est une règle normale et générale; la pigmentation de la bouche serait une loi générale primitive. Dans certaines races, elle aurait été conservée plus ou moins intégralement; chez d'autres, elle aurait subi une atrophie considérable; dans les races blanches, les territoires hyperpigmentés contiendraient trop peu de pigment (sauf dans le cas d'anomalie réversible) pour paraître noirs, mais assez pour avoir une tendance spéciale à s'hyperpigmenter à l'état pathologique.

D'un côté, l'exemple de la tache mongolique permet de supposer ainsi l'existence de territoires hyperpigmentés non visibles; d'un autre côté, nous savons que la lumière solaire exagère et rend apparentes des hyperpigmentations trop faibles pour être visibles en dehors de son influence pigmentante. C'est ce qui a lieu chez les sujets présentant des éphélides. Pourquoi, dès lors, ne pas croire que de tels territoires puissent s'hyperpigmenter avec prédilection à l'état pathologique ?

Si l'on admet cette manière de voir, on comprend pourquoi les mélanodermies générales se manifestent du côté de la peau par des pigmentations diffuses, mal limitées, tandis que sur les muqueuses les taches sont identiques d'aspect avec les taches physiologiques visibles chez certaines races humaines comme chez certaines races animales.

VI. — Quoiqu'il en soit de ces hypothèses, il reste ce fait certain : il existe même en France, chez des sujets paraissant de pure race française, des exemples de pigmentation physiologique de la muqueuse buccale.

OBSERVATIONS

Si nous nous reportons à la littérature médicale, les observations de taches pigmentaires buccales physiologiques publiées en France, ne sont pas nombreuses. La plupart ont donc été relevées par M. Bonnet et par nous-mêmes : d'après le plan que nous nous sommes primitivement tracé nous les groupons ainsi qu'il suit :

- 1° Les cas observés incidemment à l'hôpital;
- 2° Les cas systématiquement recherchés sur des sujets victimes d'accidents ou parfaitement sains et vacant à leurs occupations.

I° — Observations portant sur des sujets hospitalisés.

OBSERVATION I

(de M. le Docteur BONNET, *Société des Sciences Médicales*,
6 Décembre 1908. Résumé de l'Observation 4217)

Jean H..., 34 ans, vient pour phtiriasse légère et chancre typique du fourreau en partie cicatrisé ; plaque muqueuse à la lèvre inhérente.

A la face interne des deux joues, vastes plaques brunes de trois ou quatre centimètres, identiques à celles de la maladie d'Addison.

Pigmentation de la muqueuse des deux lèvres, inférieure et supérieure, dans presque toute leur étendue.

Etat général excellent. Rien aux poumons, ni sucre, ni albumine.

En février 1909, nouveau séjour pour plaques muqueuses de la bouche. Les placards pigmentés au précédent séjour existent toujours à la face interne des joues, plus marquée à droite qu'à gauche.

Perdu de vue pendant 10 ans, il vient se présenter en octobre 1920, puis le 18 janvier 1921.

La pigmentation buccale qui est considérable est identique à ce qu'elle était en 1908. (Société des Sciences Médicale du 19 janvier 1921.)

OBSERVATION II

(De M. le Docteur BONNET)

Catherine B..., 38 ans, de Lyon, venue le 10 février 1910 pour roséole et plaques vulvaires. Sur la face interne des deux joues, trainées pigmentées correspondant à l'interligne dentaire. Cette trainée est formée de taches séparées. Femme très brune. Aucun trouble de l'état général. Revue en octobre 1914.

Les taches pigmentées des joues n'ont pas changé.

OBSERVATION III

(De M. le Docteur BONNET, *Lyon Médical*, 1912. Obs. 8.273)

Jean O..., 60 ans, rentre le 15 juin 1912 pour eczéma consécutif à gale, originaire de la Corse.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : on note une rougeole dans l'enfance. Il a sept enfants bien portants, trois autres sont morts en bas âge. Il présente deux taches pigmentées à la face interne de chacune des deux joues. Taches pigmentées également sur le fourreau. Il présente aussi du lentigo sur les deux mains.

Il se porte très bien et ne peut-être soupçonné de maladie d'Addison.

OBSERVATION IV

(De MM. Henri DUFOUR et ALARDO, *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 26 avril 1912, p. 509. Résumée)

X..., 70 ans, entré pour congestion pulmonaire rapidement guérie.

Famille originaire de France.

Rien à relever dans ses antécédents personnels.

Présente une pigmentation noire, brune, en tout semblable à celle de la maladie d'Addison et siégeant exclusivement sous forme de taches lenticulaires, sur le bord des lèvres, à la face interne des joues et sur le voile du palais.

Au cou, très légère décoloration des téguments rappelant vaguement le vitiligo, rien autre ailleurs.

La cause de la pigmentation échappe complètement. Elle serait apparue, il y a une dizaine d'années, d'après les dires du malade.

Aucun signe d'Addisonisme. Tension à 19 au Potain. Aucune cause d'intoxication par les sels d'argent ou l'arsenic.

Aucun signe de bacillose ou de spécificité. Wassermann négatif. Liquide cephalo rachidien normal.

OBSERVATION V

(De M. CRÉOUZON, *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 24 mai, 1912, p. 647. Résumée)

X..., âgée de 30 ans, présente au niveau des muqueuses une pigmentation des plus caractérisées.

Sur la muqueuse buccale, il existe cinq petites taches brunes sur la lèvre inférieure, deux petites taches brunes au niveau de la lèvre supérieure, des plaques plus pâles au niveau de la face interne de la commissure labiale gauche, sur la face interne de la joue gauche et sur la face interne de la joue droite, au niveau des molaires supérieures. Rien au voile du palais.

Pigmentation également de la vulve.

Le début remonterait à l'âge de 20 ans, et correspondrait à l'apparition des règles.

Aucun signe de maladie d'Addison : tension 15,5 au Potain, pas de signes de bacillose ; quelques troubles nerveux, mais le cœur, le système nerveux et tous es organes sont normaux à l'examen clinique.

Elle aurait subi des cautérisations des lèvres supérieure et inférieure, mais ces notions ne pourraient pas expliquer les taches de la face interne des joues et de la vulve.

OBSERVATION VI (inédite)

(De M. le Docteur BONNET, Résumé de l'Obs. 9.270)

B... René, 23 ans, mécanicien, entre le 15 mars 1913 pour un chancre syphilitique du fourreau.

Sa famille, ainsi que lui-même, est originaire de l'Indre-et-Loire. Il a une bonne santé habituelle.

On note une petite tache noire sur le bord de la lèvre inférieure.

OBSERVATION VII

(De M. le Docteur BONNET, résumé des Obs. 10.660. *Soc. des Sciences Médicales*, novembre 1913)

M.. Joseph, 28 ans, entré le 18 novembre 1913 pour bubon.

Père et mère morts âgés d'affection indéterminée ; a deux frères en bonne santé.

A. P. — Fièvre typhoïde à 5 ans sans complications.

Le malade présente sur la lèvre inférieure et sur la muqueuse des joues, surtout de la joue gauche des taches noires bien accusées. Il est brun, la peau de la face est assez pigmentée.

Il est né à Saint-Etienne : ses parents et grands-parents étaient également de la région.

Cet homme est très robuste. Rien au cœur, ni aux poumons.

OBSERVATION VIII (inédite)

(De M. le Docteur BONNET, Résumé de l'Obs. n° 11.034)

P... Henri, 20 ans, entré le 10 février 1914 pour blennorragie, orchite.

Père mort à 52 ans d'apoplexie, mère bien portante, un frère ayant eu une coxalgie.

A. P. — Rougeole dans l'enfance. Pas d'autres maladies. Excellente santé habituelle.

A la face interne de la joue gauche plusieurs petites taches pigmentées. Il est brun, peau assez pigmentée.

La famille de sa mère et lui-même sont originaires de Honge (Côte-d'Or). La famille de son père est originaire d'Ambérieu (Ain).

OBSERVATION IX (inédite)

(De M. le Docteur BONNET)

T... Marius, 20 ans, entré le 17 février 1914 pour blennorragie, présente des taches pigmentées sur les deux joues. Il y en a trois de chaque côté ; elles ont des contours très nets et forment une ligne discontinue.

La famille est originaire de Serrières (Ardèche).

Le père, la mère et le sujet lui-même sont tous très bruns.

OBSERVATION X

(De M. le Docteur BONNET. Résumé de l'Obs. n° 20.806)

B... Louise, 75 ans, entrée le 25 janvier 1919 pour bronchite grippale.

Pas de maladies antérieures autres que des varices.

Présente du lentigo sur les mains et la face. On est frappé par les nombreuses taches pigmentaires noirâtres sur la muqueuse de la lèvre inférieure. Ces taches sont nombreuses, petites, irrégulières et assez bien limitées. Entre elles, la muqueuse est d'apparence normale. Il y en a quatre ou cinq à la face interne de la lèvre supérieure, une sur la muqueuse jugale droite et quatre à gauche. Elles sont particulièrement nettes sur la voute palatine où on voit quatre taches lenticulaires et quelques autres très petites, une plaque assez large à la base du pilier antérieur gauche.

Cette femme est née à Rozier-en-Douzy (Loire). Les familles paternelle et maternelle sont originaires du canton de Feurs (Loire) depuis plusieurs générations.

La malade était blonde. Les traits sont ceux d'une Française de race, d'aspect Bourbonnien.

Elle est la plus jeune de douze enfants tous morts âgés.

Le père et la mère sont morts également âgés. La robustesse de sa famille était légendaire dans le pays.

OBSERVATION XI

(De M. le Docteur BONNET)

T... Claude, 74 ans, entré le 24 décembre 1919 pour épithélioma de la tempe gauche, ayant débuté il y a trois ans.

Rien dans les antécédents : état général très bon.

Pigmentation physiologique de la muqueuse buccale.

Il était né à Lyon ; il est mort à Francheville, aux Invalides du Travail.

OBSERVATION XII

(De M. le Docteur BONNET)

P... Jeanne, 31 ans, entré le 6 mars 1920 pour chancres mous et bubon,

Elle est née à Receys (Aube).

Il y a 11 ans, séjour à la Clinique pour plaques muqueuses et végétations. Pas d'autres manifestations depuis.

On note une pigmentation physiologique de la bouche.

OBSERVATION XIII

(Obs. de M. le Docteur BONNET. Résumé de l'Obs. n° 7.739)

Ch... Marie-Louise, 22 ans. Famille originaire de Notre-Dame-du-Pré (Savoie).

Père et mère bien portants. Quatre frères ou sœurs bien portants. Un frère mort à 2 ans du croup. Aucune maladie antérieure. Entre pour blennorragie.

On observe sur le bord libre de la lèvre inférieure deux taches brunes. Rien sur la muqueuse des joues. Présence de lentigo. Cheveux roux foncé.

OBSERVATION XIV

(M. le Docteur BONNET, *Société des Sciences Médicales*,
19 janvier 1920)

D... Joseph, 40 ans, entre pour la première fois aux Chazeaux, le 20 janvier 1907, pour une poussée de psoriasis auquel il était sujet depuis l'âge de 13 ans.

On constate l'existence d'assez nombreuses taches noires dans la bouche ; nombreuses taches à la face interne de la lèvre inférieure. Plusieurs à la face interne des joues et aussi au voile du palais ; deux à la face inférieure de la langue.

Aucun signe de la maladie d'Addison. On fait le diagnostic de pigmentation physiologique.

Revu le 28 août 1921.

Etat de la bouche identique à celui noté 13 ans auparavant. Toujours aucun signe de maladie d'Addison.

OBSERVATION XV

(M. le Docteur BONNET. Résumé Obs. n° 23.803)

M... Auguste, 38 ans, né à Lyon, entre le 10 mai 1920 pour chancre syphilitique de la lèvre inférieure.

A. P. — Mastoïdite opérée par M. Lannois en 1912.

Présente une tache pigmentée de la joue droite.

OBSERVATION XVI

(ROGER, *Soc. Méd. des Hôp.* Paris, 17 décembre 1920. Résumé)

X..., sergent, 27 ans, entre pour coma palustre.

Ce qui avait le plus frappé, dès l'arrivée du malade, c'est outre son amaigrissement, la coloration de ses téguments qui a persisté depuis lors.

Au niveau de la face, cou et mains, teinte bronzée très différente de la coloration ocre des paludéens chroniques. Cette hyperchromie diffuse est surtout visible au niveau des parties découvertes. Le tronc et les membres sont parsemés de taches de rousseur assez nombreuses. Les muqueuses buccale et linguale présentent, elles aussi, une pigmentation assez anormale. La face interne des joues, des lèvres est toute tatouée de larges

placards circinés de coloration brunâtre qui s'étendent jusque sur le voile du palais du côté droit, la langue également. La conjonctive droite est tachetée. Il n'y a pas d'hyperchromie du gland.

Tension artérielle au Pachon 11-6. Asthénie, troubles gastro-intestinaux. En raison des symptômes s'agissait-il d'une insuffisance surrénale d'origine paludéenne, du cadre de celles décrites par Paiseau et Lemaire ?

Les réponses du malade viennent détruire cette hypothèse si séduisante au premier abord.

Depuis son enfance, quoi que originaire de Nancy, il était doté d'un teint des plus brunâtres, tellement qu'il était traité de « Bicot » par ses petits camarades de classe. L'hyperchromie cutanée est donc certainement très ancienne. Sur la date d'apparition de la coloration de la muqueuse buccale par contre, aucun renseignement.

Ses parents étaient natifs de Nancy et Besançon ; une grand-mère était de l'Ariège

Alors que le malade est complètement blanchi de son paludisme, le poids augmente de dix kilos, disparition de troubles digestifs, tension relevée à 15-10. La mélanodermie persiste ainsi que la pigmentation des muqueuses, aussi intense qu'il y a deux mois. Cette pigmentation muqueuse ne paraît donc pas d'origine paludéenne, étant antérieure à cette infection.

Nous croyons qu'elle est de même origine que la mélanodermie congénitale et qu'elle rentre dans le cadre des pigmentations physiologiques

OBSERVATION XVII

(M. le Docteur BONNET, *Société des Sciences Médicales*,
16 novembre 1921)

X..., 60 ans, entre pour accident primitif de la lèvre inférieure. Originaire de l'Isère, ainsi que tous ses parents (côté paternel et maternel), présente sur la muqueuse des joues et des lèvres de nombreuses taches noires à contours bien nets. Aucune cause locale.

Rien sur les autres muqueuses, ni la peau. Aucun signe d'Addisonisme. Tension artérielle 150/85 (palpatoire).

On ne trouve aucun trouble endocrinien.

OBSERVATION XVIII

(M. le Docteur BONNET, résumé Obs. n° 25.958, inédite)

Ph... François, 25 ans, entre le 18 avril 1922 pour éruption secondaire. Famille originaire de Salvigny (Rhône).

Taches noires disséminées sur es deux joues. Les plus longues n'ont pas un centimètre. Formes irrégulières.

Revu le 23 septembre 1922. Les taches sont identiques.

OBSERVATION XIX (personnelle)

B... Louis, 51 ans, cultivateur, vient pour ulcère cornéen.

A. P. — Fièvre typhoïde à 23 ans; nie toute maladie vénérienne; a deux enfants. Sa famille est originaire de l'Ain.

Pigmentation ardoisée sur la face interne des deux joues, surtout accentuée sur la joue gauche.

Sujet brun. Petits nævi pigmentaires disséminées un peu partout.

OBSERVATION XX (personnelle)

O... Jean, 49 ans, manœuvre, vient pour embarras gastrique. Sans antécédent, nie toute spécificité.

Bon état général. Conservation des forces. Tension normale.

On observe sur la face interne de la joue droite une série de taches gris de fer disséminées sur la muqueuse.

Sujet très brun.

OBSERVATION (personnelle)

Mme C..., 30 ans, vient pour salpingite.

Famille originaire de Créponne (Drôme).

Sans antécédents. A signaler cependant une fausse couche il y a deux ans. Pas de signe de spécifité actuellement.

Elle présente une tache chocolat sur la face interne de la joue gauche, cette femme est très brune, sa peau très foncée.

OBSERVATION XXII (personnelle)

G... Léon, 67 ans, vient pour cataracte.

Famille originaire de la Drôme.

Sans antécédent : a deux enfants bien portants.

Il présente des taches pigmentaires de coloration brun sépia, sous forme d'un piqueté très fin sur toute la partie mobile du voile du palais et sur les piliers antérieurs.

Tache noire sur la face interne de la joue droite.

OBSERVATION XXVIII (personnelle)

Ch... Jean, 72 ans, vient pour cataracte.

Originaire de Villiers-Morgon (Rhône).

Sans antécédent.

Taches lenticulaires brunâtres sur les deux joues.

2° Observations portant sur des sujets parfaitement vigoureux, indemmes de toute affection.

OBSERVATION I

(de M. le Docteur BONNET)

X..., 32 ans, est vu le 22 janvier 1915. Syphilophobe.

Famille originaire de l'Ardèche.

Il est très bien portant et sans aucun antécédent.

Il est très brun et présente des taches pigmentées dans la bouche, sur les deux joues et à la lèvre inférieure.

OBSERVATION II

D... André, 21 ans, soldat au 99^e R. I.

Famille originaire des Basses-Alpes.

Aucun antécédent.. A toujours été en très bonne santé.

Il présente de la pigmentation de la face externe des gencives. La teinte en est bleutée : elle forme une bande nette au niveau des gencives supérieures ; mais elle est encore plus foncée et plus marquée sur les gencives inférieures. Rien ailleurs.

Le sujet est brun.

OBSERVATION III

P... 9^e cuirassiers, 21 ans.

Famille originaire de Nîmes.

Aîné de six enfants bien portants, lui-même n'a aucun antécédent et est de bonne constitution.

Tache bleutée à contours flous des gencives supérieures au niveau de la ligne médiane. Quatre petites taches brun clair, lenticulaires sur le bord libre de la lèvre supérieure.

Il est très brun, le teint est très pigmenté, quelques nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION IV

B. V..., 4^e cuirassiers, 20 ans.

Famille de Savoie. Le père a 48 ans, bien portant; la mère a 36 ans, en bonne santé. Un frère plus jeune, âgé de 13 ans, bien constitué.

Antécédents personnels : rien à signaler, constitution très bonne.

Teinte brun-fauve des gencives supérieures. Bande brun-noir sur les gencives inférieures allant d'une canine à l'autre.

Sujet brun, présentant des nævi à la face.

OBSERVATION V

B... Claudé, 22 ans, jeune soldat.

Famille originaire de l'Allier.

Sans antécédent.

Présente une pigmentation des gencives sous forme de deux bandes brun fauve, s'étendant d'une canine à l'autre et se perdant au-dessus des molaires, la teinte est aussi foncée sur les gencives supérieures que sur les inférieures.

Il est très brun, teint très mat, nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION VI

V... Jean, 2^e dragons, 20 ans.

N'ajamais été malade, famille originaire du Puy-de-Dôme, pigmentation buccale sous forme de bandes couvrant la face externe des gencives, la teinte est brun fauve, très jolie et

très nette en bas, sur les gencives inférieures, moins marquée en haut.

Soldat très brun, teint foncé, nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION VII

C... Antoine, 21 ans, jeune soldat.

Famille de Corse.

Grippe en 1918 : présente une tache noire sur la face externe des gencives supérieures. Deux taches plus claires sur les gencives inférieures.

OBSERVATION VIII

G... Fernand, 21 ans, 99° R. I.

Famille originaire de Rodez. Parents très bruns.

Grippe en 1918. Bonne constitution.

Sur la lèvre inférieure, six taches brun foncé de forme lenticulaire et à contours nets.

Le sujet est roux. Très nombreuses éphélides sur le visage.

OBSERVATION IX

M... Michel, 34 ans, 99° R. I.

Famille originaire d'Avignon.

Antécédents personnels : fièvre à 25 ans, santé robuste, nie toute spécificité, dont il ne présente d'ailleurs aucun stigmate.

Sur la face interne de la joue droite, au niveau de l'interligne dentaire, semis de taches brun sépia, des dimensions d'une lentille; sur la face interne de la joue gauche, tache lenticulaire très noire.

Dans la famille, on est très brun, éphélides très nombreuses à la face.

OBSERVATION X

B..., 4° cuirassiers, 21 ans, famille originaire des Basses-Alpes.

Père mort à 88 ans. Mère de 51 ans bien portante.

Un frère et une sœur plus âgés bien portants, deux sœurs plus jeunes en bonne santé.

Antécédents personnels : bronchite en 1917, rhumatisme en 1918.

Petite plaque brun fauve au-dessus de la canine droite supérieure, deuxième tache identique au-dessous de la canine droite inférieure.

Sujet brun, éphélides de la face.

OBSERVATION XI

De G..., 9^e cuirassiers, 20 ans.

Famille originaire de Marseille.

Parents bien portants, trois sœurs et trois frères vivants en bonne santé. Lui-même ne présente aucun trouble dystrophique.

Ebauche de pigmentation des gencives inférieures.

Pigmentation ardoisée nette sur les gencives supérieures sous forme d'une plaque de un centimètre et demi de diamètre. Sujet très brun, teint mat, nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION XII

W... André, 22 ans, 9^e cuirassiers.

Famille alsacienne.

Sans antécédent, très bonne constitution, sujet très grand et très fort. Ses parents sont en bonne santé. A trois sœurs et deux frères bien portants.

Présente sur la lèvre inférieure (bord libre) au niveau de la ligne médiane, une tache marron des dimensions d'un grain de blé.

Cette tache serait congénitale. Le sujet est chatain clair et présente des nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION XIII

H..., 20 ans, jeune soldat.

Famille originaire de la Loire.

Sans antécédent, constitution assez bonne.

Parents en bonne santé; deux frères âgés respectivement de 23 et 10 ans bien portants également.

Il présente sur les gencives supérieures une bande brune, irrégulière, à contours flous se perdant au niveau des molaires.

Sujet très brun, teint basané, nævi pigmentaires sur le corps.

OBSERVATION XIV

J... Théodore, 21 ans, 99° R. I.

Famille originaire de St-Etienne de St-Geoir (Isère).

Sans antécédent, bonne constitution.

Présente au niveau de la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane, à 2 centimètres de la commissure, une petite tache brune.

Ses parents sont bruns, lui est châtain et présente des éphélides.

OBSERVATION XV

F... André, 20 ans, 14° train.

Famille originaire de la Loire.

Sans antécédent. Bonne constitution.

Présente une petite tache brune lenticulaire sur la lèvre inférieure (bord libre), sujet chatain foncé. Nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION XVI

B... Marcel, 20 ans, soldat.

Né à Paris, famille originaire du Puy-de-Dôme.

Toujours santé très robuste.

Présente au-dessus des deux incisives médianes supérieures une petite plaque brune un peu allongée.

Sujet très brun, teint basané.

OBSERVATION XVII

B... Johannès, 22 ans, soldat.

Famille originaire de Serrière (Ardèche).

Antécédents personnels : grippe à 19 ans. Bonne constitution.

Présente deux taches brun foncé, l'une au-dessous de la canine inférieure droite, l'autre au-dessus de la canine supérieure gauche.

Le sujet a les cheveux bruns, le teint très mat, et des nævi pigmentaires disséminés sur la face.

OBSERVATION XVIII

R... Marcelin, 21 ans, 99° R. I.

Famille originaire de l'Isère.

Sans antécédent.

Placard triangulaire de coloration bleu violacé au niveau du bord externe de la lèvre inférieure. La tache serait congénitale.

Sujet roux, teint blanc, éphélides nombreuses, parents bruns.

OBSERVATION XIX

Ch... Jean, 21 ans, soldat.

Famille originaire du cantal.

Sans antécédent.

Bande bleutée le long des incisives inférieures à quelques millimètres au-dessous de l'implantation des dents.

Sujet très brun, teint très mat, nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION XX

M... Jean, 21 ans, soldat.

Famille alsacienne, sans antécédent.

Petite tache brun clair à contours flous au-dessus des incisives supérieures. Sujet chatain foncé. Parents bruns.

OBSERVATION XXI

B... Jean, 20 ans, 2° dragons.

Famille originaire de Lyon.

Antécédents personnels : appendicite à 13 ans, sujet vigoureux.

Tache noire des dimensions d'un grain de blé au-dessus de la canine supérieure droite.

Le sujet a les cheveux bruns, le teint pigmenté, des nævi pigmentaires à la face.

OBSERVATION XXII

C... Jean, 52 ans, main prise dans un engrenage.

Famille originaire de Saint-Etienne.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade. Pas de stigmates de spécificité ; un peu émotif, mais n'a pas de goître ; il n'a pas d'enfants, sa femme a eu une fausse couche.

Il présente sur la face interne des deux joues deux taches : l'une noire sur la joue gauche, l'autre plus claire sur la joue droite.

Dans la famille, on est très brun.

OBSERVATION XXIII

B... Jean, 69 ans.

Famille originaire de Sonnay (Isère).

Sans antécédent : a un enfant bien portant.

Présente une pigmentation de la face interne des joues : à gauche, les taches sont très nettes et de coloration bleuâtre et forment un véritable réseau, le piqueté est de coloration moins intense sur la face interne de la joue droite.

Petits nævi pigmentaires à la face et au cou. Il a été très brun.

OBSERVATION XXIV

D... Antoine, 38 ans, forgeron, vient pour éclat dans l'œil gauche.

Famille originaire du Rhône.

Sans antécédent : a toujours eu une excellente santé. Sujet très vigoureux.

Très nombreuses taches ardoisées, gris de fer sur la face interne des deux joues, donnant un aspect tigré à la muqueuse.

Sujet très brun, peau très mate.

OBSERVATION XXV

V... Louis, 36 ans.

Famille originaire de l'Ardèche.

Antécédents particuliers : n'a jamais été malade ; a une hernie.

Petite tache noire sur la face interne de la joue gauche.

Tache ardoisée au niveau des lèvres près des commissures.

Sujet très brun. Sa peau est très foncée.

CONCLUSIONS

I. — La pigmentation de la muqueuse buccale a été longtemps considérée dans la race blanche comme une manifestation spéciale à la maladie d'Addison ; on sait aujourd'hui qu'elle peut exister en dehors d'elle. Sa présence a été signalée au cours d'états pathologiques très variés, dont le nombre a été sans cesse croissant.

II. — On peut même l'observer chez des sujets ne présentant aucun signe morbide, d'où le nom de pigmentations « cryptogénétiques ».

III. — Il est possible que cette pigmentation « cryptogénétique » soit parfois une manifestation isolée d'une maladie fruste, mais cette hypothèse ne peut expliquer l'ensemble des faits.

IV. — Il existe des cas de pigmentation indépendante de tout état pathologique, « physiologique » par conséquent.

V. — Celle-ci est très fréquente chez certaines races, rare dans d'autres, mais semble pouvoir s'observer

dans toutes. On peut la voir, en particulier, chez des Français de pure race.

VI. — Les cas observés chez des Français ont été parfois considérés comme le stigmate ethnique d'un croisement antérieur ; il s'agit plus vraisemblablement d'une simple anomalie reversive.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NICOLAS.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 27 Octobre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Jean LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXEIEFF. — Thèse de Paris, 1912-1913.

AUDRY. — *Gazette hebdomadaire de Médecine*, 8 décembre 1914.

AUPICON. — Valeur séméiologique de la mélanodermie des muqueuses. Thèse, Paris, 1909-1910.

BARRÉ. — Pigmentation de la muqueuse buccale. *Presse Médicale*, 1^{er} mai 1909.

BESNIER. — *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 569.

BOINET. — *Archives générales de Médecine*, 1904. Addisonisme.

BONNET (L.-M.). — Société des Sciences Médicales, 6 décembre 1908.

BONNET. — XII^e Congrès français de Médecine. Octobre 1911.

— Société des Sciences Médicales de Lyon, 17 janvier 1912.

— *Lyon Médical*, juin 1912, t. II, p. 207.

— Société des Sciences Médicales de Lyon, 9 juillet 1912.

— *Lyon Médical*, juin 1913, p. 1.115.

— *Lyon Médical*, 1919, p. 251.

— Société des Sciences Médicales de Lyon, avril 1919.

BONNET ET RICHARD. — Société des Sciences Médicales de Lyon, 19 janvier 1921.

BONNET. — *Lyon Médical*, 1921, p. 256.

— *Lyon Médical*, 1922, n° 4.

BRAULT ET MONTPELLIER. — *Province Médicale*, 11 avril 1914.
Mélanodermie physiologique des muqueuses en Algérie.

— *Gazette des Hôpitaux*, 28 avril 1914.

CARNOT. — Recherches sur le mécanisme de la pigmentation. (*Thèse de Sciences de Paris*, 1906.)

CRÖUZON H. — Pigmentation des muqueuses de cause inconnue. (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 mai 1912.)

CRÖUZON et CHATELIN. — *Société Médic. des Hôp. de Paris*, 8 novembre 1912.

CRÖUZON. — Pigmentation des muqueuses d'origine ethnique. (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 juillet 1913.)

CRÖUZON et BOUTTIER. — Pigmentation et lichen buccal associés. (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 janvier 1920, page 67.)

DUFOUR et ALARDO. — Pigmentation de la muqueuse buccale d'origine indéterminée. (*Soc. Médicale des Hôpitaux*, 1912.)

DUPLANTIER. — Pigmentation des muqueuses dans la mélanodermie phtiriasique. (*Thèse de Paris*, 1906.)

EICHLORST. — *Traité de pathologie interne*. Traduction française, p. 727.

GOUGET. — Pigmentation des muqueuses dans les cirrhoses pigmentaires. (*Soc. Médicale des Hôpitaux*, février 1912.)

LORTAT JACOB. — Pigmentation physiologique des muqueuses. (*Société Médic. des Hôp. de Paris*, 14 juin 1912.)

LERI et COCHEZ. — *Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, juillet 1920. Plaques pigmentées buccales et syphilis.

- LERI. — *Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 17 juin 1921. Leucomélanodermie syphilitique chez une femme enceinte tuberculeuse.
- MILIAN. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 10 octobre 1913, page 297.
- MOLLOU. — *Medical Klinik.*, 1909, n° 10.
- MONTPELLIER. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (1916-1917).
- PARISOT et LUCIEN. — *Les glandes surrénales*, Paris, 1913.
- ROCH. — *Presse Médicale*, 26 août 1922, syndrome pseudo-addisonien des vieux alcooliques tuberculeux.
- ROGER. — *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 17 décembre 1920.
- SABARÉANU. — Mélanodermie physiologique des muqueuses. (*Revue de Médecine*, 10 août 1908.)
- SÉARY. . . *Presse Médicale*, 9 avril 1921. Pathogénie et semiologie des mélanodermies du type addisonien.
- *Journal Médical Français*, novembre 1921. Les mélanodermies d'origine endocrinienne.
- THIBIERGE. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1891.
- WORTH. — Pigmentation des muqueuses dans la mélanodermie phtiriasique. *Thèse de Paris*, 1907.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	9
Introduction.....	13
Historique	17
Etiologie	24
Description clinique.....	27
Histologie.....	30
Etude semeiologique de la pigmentation buccale....	36
Nature des pigmentations cryptogénétiques.....	41
Observations.....	49
Conclusions.....	65
Bibliographie.....	67
